Les médecins de l'Ontario : Trop ou pas assez? L'an 2000 et au-delà

Rapport du Dr Robert McKendry pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Décembre 1999

Résumé

Le 23 juillet 1999, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a nommé un commissaire chargé d'offrir des conseils sur les ressources en médecins, leur agencement et leur répartition. En même temps, la ministre s'est engagée à créer un comité d'experts qui veillerait à la planification à long terme des ressources en médecins dans la province.

En moins de quatre mois, le commissaire a analysé des données qualitatives et quantitatives tirées de rapports sur les ressources en médecins, de cinq bases de données sur les médecins, de nouvelles enquêtes et d'entrevues auprès de plus de 150 personnes. Le présent rapport se veut une étude des enjeux et des solutions éventuelles fondée sur les observations.

L'Ontario a-t-il des problèmes de ressources, d'agencement ou de répartition à l'heure actuelle? Y aura-t-il de tels problèmes d'ici cinq ou dix ans?

Selon les preuves existantes, oui.

Vu la croissance de la population, la charge de travail accrue des médecins et l'évolution de leurs attitudes, le nombre croissant de femmes médecins, le nombre de cabinets fermés et le nombre croissant de collectivités qui cherchent des médecins, le nombre actuel de médecins et surtout de services de médecin (c'est-à-dire, les ressources réelles) ne répond pas aux besoins de la population ontarienne en services de santé.

De plus, le vieillissement des médecins, la diminution du nombre de nouveaux diplômés (phénomène dont tout l'impact se fera ressentir dès l'an 2000) et le nombre de médecins qui quittent l'Ontario sans être remplacés font que la pénurie relative de médecins ne fera que s'accentuer à l'avenir. D'ici 2009, si aucune mesure n'est prise pour faire croître la réserve de médecins actifs, il y aura plus de médecins à l'âge de la retraite qu'il n'y aura de nouveaux diplômés.

Cette pénurie a incité la province à redoubler ses efforts pour faire face à la mauvaise répartition des services de médecin. Toutefois, malgré tous les incitatifs et projets de formation que le ministère a pilotés avec succès - notamment les primes au recrutement dans le cadre du Programme des services aux régions insuffisamment desservies (PSRID), les modèles d'exercice collectif et régimes optionnels de financement et les projets de médecine en milieu rural entretenus par les écoles de médecine de la province -, le problème de répartition des médecins en Ontario ne fait que s'exacerber.

Et le problème se généralise aussi : il y a cinq ou six ans seulement, il se limitait aux collectivités rurales et éloignées du Nord, alors qu'aujourd'hui, beaucoup de collectivités du sud de la province, petites et moyennes, ont de la difficulté à se trouver des médecins en nombre suffisant, de sorte qu'en octobre 1999, 99 collectivités ontariennes qui se cherchaient 534 médecins ont été désignées comme insuffisamment desservies.

L'effort ontarien pour assurer des ressources en médecins adéquates et une bonne répartition des services de ces derniers est compliqué par la diversité des compétences. La charge de travail, le temps d'attente et les lacunes signalées permettent de conclure que l'Ontario souffre d'importantes pénuries dans plusieurs spécialités, dont la chirurgie générale, les soins obstétricaux et gynécologiques, la pathologie (médecine de laboratoire), l'anesthésiologie, la chirurgie orthopédique, la psychiatrie et la médecine familiale.

Par ailleurs, d'importantes pénuries risquent de se produire dans plusieurs sous-spécialités de la chirurgie - oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, urologie, neurochirurgie et radiologie - dans un avenir prochain.

Ces pénuries se produisent pour des raisons différentes. Le manque d'enseignement des spécialités lors des études de premier cycle, le manque de possibilités de formation et de réintégration, la rigidité du système d'études supérieures, le désir de plus en plus répandu de travailler des heures plus « conviviales » et la rémunération insuffisante de certains services peuvent empêcher la spécialisation des nouveaux diplômés. Les modèles d'exercice de la médecine, la rémunération, les départs de l'Ontario et l'existence d'autres fournisseurs et établissements de soins de santé (par exemple, les infirmières et les salles d'opération) sont des facteurs qui influent sur le type et la quantité de services fournis par les médecins.

Combien de médecins faut-il en Ontario, et de quelles sortes?

Il est très difficile de faire des prévisions à long terme quant aux ressources en médecins parce que la majorité des facteurs pertinents (par exemple, les comportements des médecins et les politiques des organismes de réglementation) sont souvent imprévisibles ou non contrôlables. En même temps, la difficulté de prévoir les besoins futurs de la société en soins de santé, de même que l'évolution de la prestation de ces soins et de la technologie, compliquent l'effort de planification. Et les variations entre les bases de données sur les médecins font qu'il est difficile de préciser le nombre de médecins pour planifier les ressources.

À l'heure actuelle, il n'existe en Ontario aucun organisme ou processus chargé d'évaluer les besoins sociaux en soins de santé et d'élaborer des plans conséquents en matière de ressources humaines. Vu les défis de la planification des ressources en médecins, le coût des services de médecin et l'importance des soins de santé pour les Ontariens, la province aurait intérêt à se doter d'une grande capacité de planifier et de gérer ses ressources humaines dans le domaine de la santé.

Pour gérer ses ressources en médecins, l'Ontario doit toujours concilier les besoins en services de médecin et le principe du maintien d'un système de santé abordable. Il revient à la société de décider ce qui constitue le juste milieu.

En fin de compte, c'est aux citoyens de l'Ontario de fixer les niveaux de services de médecin actuels et futurs. Comme individus et comme société, nous devons comprendre et accepter que les meilleurs soins à prix abordable ne sont pas toujours les meilleurs soins à n'importe quel prix.

Par ailleurs, l'Ontario n'est pas seul à avoir ces problèmes; les pays en voie de développement et d'autres provinces ont eux aussi des pénuries de médecins et prennent les mesures correctives qui s'imposent. Ainsi, le Québec a annoncé récemment qu'il augmentera le nombre d'étudiants dans ses écoles de médecine, tandis que le Royaume-Uni a approuvé un plan visant à faire passer le nombre d'étudiants en médecine de 5 000 à 6 000, soit une hausse de 20 pour 100, d'ici 2005[1] et à ouvrir de nouvelles écoles de médecine.

L'Ontario doit chercher lui aussi le meilleur moyen d'augmenter le nombre de médecins. Le commissaire estime qu'il en faut probablement moins de 1 000 dans toute la province, soit une hausse d'environ 5 pour 100.

[1] "Policy Features for UK Health - 1999 Technical Servies - No. 8 Workforce". Rédactrice de la série : Charlotte Dargie.

Que faut-il faire?

Si l'Ontario n'agit pas dès maintenant, la pénurie de médecins s'aggravera considérablement d'ici cinq ans.

Pour gérer ses ressources en médecins, l'Ontario doit en augmenter le nombre de manière à répondre aux problèmes à long terme de répartition et aux problèmes plus récents d'agencement.

À court terme, l'Ontario devra miser sur des programmes d'incitatifs et de soutien qui aideront à attirer des médecins déjà formés, dont les Canadiens à l'étranger et les diplômés internationaux en médecine (DIM), vers les petites collectivités rurales et éloignées et à les y faire rester. La province devra également élaborer de plus efficaces modèles généraux de soins qui tiennent compte d'autres professionnels de la santé, comme les infirmières praticiennes, et chercher des moyens de mieux exploiter les nouvelles technologies afin d'offrir des services de médecin et autres soins de santé.

Toutefois, ces stratégies de court terme ne visent pas les facteurs les plus susceptibles d'encourager les médecins à s'établir de leur gré dans les régions insuffisamment desservies et à y rester, à savoir l'attitude et l'enseignement. L'expérience en Ontario et ailleurs montre que les médecins qui ont grandi dans des collectivités rurales et qui y ont étudié la médecine sont plus disposés à choisir d'y exercer leur profession.

À long terme, l'Ontario devra s'engager à attirer des étudiants susceptibles de choisir d'exercer leur profession dans des collectivités rurales, à leur offrir la formation nécessaire dans ces collectivités et à faire les changements qui s'imposent pour augmenter le nombre de nouveaux médecins dans les domaines où il manque des spécialistes.

Résumé des recommandations

Le commissaire suggère d'adopter la stratégie et les recommandations suivantes pour résoudre les problèmes actuels et futurs de ressources en médecins et de leur répartition et agencement. Certaines de ces recommandations peuvent être appliquées immédiatement; d'autres exigeront des négociations avec les intéressés. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pourrait renvoyer certaines recommandations au comité d'experts pour un examen approfondi.

1. Mesurer et comprendre les besoins sociaux en santé

1.1.1 Le système de santé ontarien devrait élaborer des projets pilotes d'accès aux services essentiels dans les domaines où les consommateurs semblent avoir des difficultés continues à se faire soigner en temps opportun, notamment la médecine familiale, l'anesthésiologie, la chirurgie générale, les soins obstétricaux et gynécologiques, la psychiatrie et l'orthopédie.

2. Développer la capacité de planifier et de gérer une main d'œuvre de la santé capable de répondre à la plupart des besoins sociaux en santé

ÉLABORER UNE STRUCTURE DE PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ

2.1.1 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait créer un Bureau des politiques et de la planification relatives aux professionnels de la santé. Ce bureau permanent et indépendant serait chargé de surveiller et d'anticiper les besoins en soins de santé et de décider l'agencement, la disponibilité et la répartition des compétences et des services professionnels nécessaires pour répondre à ces besoins.

AMÉLIORER LES DONNÉES

2.2.1 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait demander à l'Ontario Physician

Human Resources Data Centre (OPHRDC) de créer, à l'aide de l'Institut de recherches en services de santé (RSS), du ministère et de l'Ontario Medical Association (OMA) une base de données uniformisée sur les médecins de la province.

2.2.2 Le Bureau des politiques et de la planification relatives aux professionnels de la santé et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devraient développer un modèle de prévision et de surveillance des ressources en médecins réelles de la province.

3. Assurer un nombre adéquat de services de médecin afin de répondre aux besoins actuels et futurs en soins de santé

AUGMENTER LE NOMBRE DE MÉDECINS

3.1.1 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait recruter ou faire revenir les diplômés d'écoles de médecine canadiennes qui ont fait leurs études supérieures aux États-Unis, puis subventionner un maximum de deux ans d'études supérieures au Canada afin que ces diplômés puissent être agréés par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

3.1.2 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait offrir à l'Université de Toronto les ressources nécessaires pour que cette dernière puisse faire passer le nombre de places du programme de DIM de l'Ontario de 24 à 36 dès 2000.

RESSOURCES CIBLÉES

3.2.1 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait collaborer étroitement avec les écoles de médecine et la Professional Association of Interns and Residents of Ontario (PAIRO) afin de diminuer le nombre de médecins récemment agréés qui font carrière hors de l'Ontario.

3.2.2 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait préparer une campagne pilote de recrutement des médecins formés au Canada qui exercent leur profession aux États-Unis ou dans d'autres pays.

3.2.3 Les collectivités insuffisamment desservies qui sont capables de recruter des DIM devraient connaître et utiliser le mode d'agrément par exercice professionnel du CMFC[2] et le programme d'évaluation alternative que le CRMCC met à l'essai[3].

3.2.4 L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) devrait étudier la possibilité d'offrir des brevets spéciaux de durée limitée aux DIM qui sont parrainés par des collectivités insuffisamment desservies, qui exercent leur profession ailleurs au Canada à l'heure actuelle et qui poursuivent le mode d'agrément par exercice professionnel du CMFC.

3.2.5 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait subventionner un nombre limité de postes d'études supérieures pour les DIM qui sont parrainés par des collectivités et qui ne sont pas admissibles au mode d'agrément par exercice professionnel.

[2] Réservé aux DIM en exercise actif au Canada.
[3] Réservé aux DIM recrutés de pays autres que le Canada ou les États-Unis.

4. Encourager une meilleure répartition des services de médecin dans la province

PRENDRE UN ENGAGEMENT ENVERS L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE EN MILIEU RURAL

4.1.1 À compter de 2000, l'Ontario devrait augmenter d'environ 10 pour 100 (55 étudiants) le nombre d'étudiants de premier cycle dans les écoles de médecine qui donnent la priorité à l'enseignement en milieu rural.

4.1.2 L'Ontario devrait étudier la possibilité d'ouvrir une nouvelle école de médecine rurale chargée d'attirer des étudiants qui s'intéressent au travail dans les petites collectivités rurales et éloignées de la province.

4.1.3 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec d'autres parties intéressées, devrait étudier les avantages d'ouvrir une nouvelle école de médecine rurale par rapport à d'autres possibilités d'enseignement en milieu rural et rédiger un rapport à ce sujet d'ici juillet 2000.

TIRER PARTI DES PROGRAMMES DE RECRUTEMENT ET DE MAINTIEN EN POSTE

4.2.1 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait recourir davantage aux incitatifs de recrutement à l'exercice collectif de la médecine qui ont porté fruit dans le Nord (par exemple, contrats parrainés par la collectivité) et offrir des programmes analogues, avec les modifications qui s'imposent, aux collectivités du Sud.

4.2.2 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait collaborer avec des collectivités et des médecins locaux afin d'élaborer un programme intégré de maintien comportant les éléments suivants :

- incitatifs financiers pendant six ans au moins;
- congé de long service;
- congé de maternité payé;
- subventions à la technologie de l'information.

RENFORCER LE PROGRAMME DES SERVICES AUX RÉGIONS INSUFFISAMMENT DESSERVIES

4.3.1 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait apporter les changements suivants au PSRID afin d'en rehausser l'efficacité :

- changer le nom du Programme des services aux régions insuffisamment desservies au Programme de ressources adéquates en services de médecin (PRASM);
- continuer d'appliquer la définition actuelle de collectivité insuffisamment desservie, mais simplifier le processus de demande et d'évaluation et réduire le temps requis;
- embaucher trois agents de développement communautaires de plus.

4.3.2 Le PRASM devrait veiller à ce que les médecins qui exercent déjà dans des collectivités insuffisamment desservies participent à tous les efforts de recrutement et de maintien en poste des nouveaux médecins, dont les programmes visant à faire revenir les médecins ontariens (voir la **recommandation 3.2.2**).

4.3.3 Le PRASM devrait offrir des programmes de recrutement réalistes pour atteindre ces objectifs.

4.3.4 Le PRASM devrait collaborer avec les collectivités des groupes 1 et 2, telles qu'elles sont définies par l'entente de 1993 entre l'OMA et le gouvernement, pour veiller à ce qu'elles offrent des cliniques communautaires pour l'exercice collectif de la médecine par des médecins rémunérés à l'acte ou selon le mode optionnel de paiement.

5. Modifier l'agencement des services de médecin offerts afin de répondre aux besoins actuels et futurs en soins de santé

CRÉER PLUS DE POSSIBILITÉS DANS LE SYSTÈME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES

5.1.1 Pour offrir plus de souplesse dans l'enseignement offert aux médecins qui exercent déjà dans les régions rurales et éloignées et dans la durée de cet enseignement, l'OMA et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devraient travailler avec les centres hospitaliers universitaires de la province afin d'élaborer un programme concurrentiel de formation médicale continue pour l'acquisition de compétences à court terme.

5.1.2 Pour améliorer l'agencement des médecins à long terme et augmenter le nombre de médecins de famille qui ont les compétences qu'il faut pour travailler dans les régions rurales et éloignées, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait offrir les ressources nécessaires pour :

- faire passer le nombre de postes de résidence de premier échelon en médecine familiale à Sudbury et à Thunder Bay de 24 à 30, soit une hausse de 25 pour 100;
- faire passer le nombre de postes de médecine familiale PGY3 (soins obstétriques, médecine d'urgence, anesthésiologie, soins des personnes âgées, psychiatrie) à Sudbury et à Thunder Bay de 4 à 10.

5.1.3. Pour créer un corps de médecins qui ont les compétences qu'il faut pour offrir certains services spécialisés dans les régions rurales et éloignées, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait faire passer le nombre de places du programme de formation à la réintégration / retour de service de 25 à 40.

5.1.4 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'OMA devraient modifier le programme de formation à la réintégration / retour de service pour diminuer les obstacles et attirer plus de candidats.

5.1.5 Le bureau des politiques et de la planification de la main d'œuvre de la santé devrait surveiller l'agencement des services de médecins spécialisés en Ontario pour déterminer le nombre de postes d'études supérieures requis et leur agencement afin de répondre aux besoins provinciaux en soins de santé.

OFFRIR DES INCITATIFS APPROPRIÉS

5.2.1 À très court terme, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait offrir des incitatifs qui feront augmenter en termes réels les services d'urgence, l'anesthésie, les soins obstétriques, la chirurgie et les soins des malades hospitalisés dans les petites collectivités rurales et éloignées.

5.2.2 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'OMA devraient établir un groupe de travail chargé d'examiner et de préciser la proposition de la Société des médecins ruraux de l'Ontario (octobre 1999)[4] de créer un régime d'incitatifs juste et abordable pour les services de médecin dans les collectivités rurales et éloignées.

ÉLABORER DES STRATÉGIES PROPRES AUX DISCIPLINES

5.3.1 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait examiner les rapports sur les ressources humaines dans les disciplines qui accusent les plus graves pénuries (par exemple, anesthésiologie, médecine familiale, chirurgie générale, médecine de laboratoire / pathologie, soins obstétriques / gynécologie, chirurgie orthopédique, psychiatrie) pour déterminer et appliquer les recommandations susceptibles d'améliorer l'agencement des services de médecin.

[4] Pour obtenir une copie du repport, visitez le site Web de la Société : **www.srpc.ca/** (bibliothèque)

6. Mettre les autres professionnels de la santé à contribution afin de répondre aux besoins sociaux en soins de santé

INTÉGRER LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES

6.1.1 L'Ontario devrait continuer de chercher des moyens efficaces d'employer les infirmières praticiennes dont l'enseignement et l'expérience professionnelle leur permettent de collaborer avec les médecins et d'offrir des soins collectifs.

6.1.2 Pour encourager de meilleurs rapports de travail entre médecins et infirmières praticiennes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'OMA devraient décider du moyen le plus efficace de rémunérer les médecins en exercice collectif (rémunération à l'acte, versement confondu, mode optionnel de paiement).

7. Mettre la technologie à contribution afin de répondre aux besoins sociaux en soins de santé

DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE

7.1.1 L'Ontario devrait continuer d'investir dans l'infrastructure d'appui aux applications de télémédecine qui exigent l'utilisation de réseaux coordonnés de communications électroniques pour transmettre de l'information et des données et offrir des services cliniques appropriés.

7.1.2 Pour soutenir la prestation des services de télémédecine, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait étudier diverses façons de rémunérer les médecins pour les services offerts, notamment en modifiant le barème des honoraires à l'aide de l'OMA.

DÉVELOPPER LES SERVICES DE TÉLÉTRIAGE

7.2.1 Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait étudier la possibilité d'étendre les services de télétriage au Sud de l'Ontario. Des services analogues à ceux qui sont à l'essai dans le Nord de la province devraient être offerts au Sud.

7.2.2 L'impact des services de télétriage sur l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé devrait faire l'objet d'une évaluation.

Communiquez avec la **Ligne INFO** du ministère au 1 800 268-1154
(Appels sans frais en Ontario seulement)
À Toronto, faites le 416-314-5518
ATS : 1 800 387-5559.

| **retour à l'index des publications** |

| **site principal** | **commentaires** | **recherche** | **plan du site** | **english** |
| **publications** | **liens santé** | **annuaire téléphonique** |

Ontario
Ce site est mis à jour par le gouvernement de l'Ontario, Canada

© 2001, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario | Dernière modification : 01/03/2002 10:04:25